

1 Sozialrechtliche Grundlagen der Ermächtigung

Krankenhausärzte haben keinen generellen Anspruch auf Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung in Form einer Ermächtigung. Die Ermächtigung an sich ist an verschiedene rechtliche Bedingungen geknüpft. Diese rechtlichen Bedingungen ergeben sich entweder aus gesetzlichen Grundlagen oder aus Richterrecht. In diesem Kapitel soll darauf kurz eingegangen werden, ohne die rechtlichen Details im Einzelnen zu thematisieren.

1.1 Die Ersatzfunktion der ermächtigten Ärzte

Die Rechtsgrundlage für die persönliche Ermächtigung von Krankenhausärzten ist § 116 Satz 1 SGB V:

»Ärzte, die in einem Krankenhaus ... tätig sind, können, soweit sie über eine abgeschlossene Weiterbildung verfügen, mit Zustimmung des jeweiligen Trägers der Einrichtung, in der der Arzt tätig ist, vom Zulassungsausschuss (§ 96) zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten ermächtigt werden.«

Neben den persönlichen Voraussetzungen, die ein Krankenhausarzt erfüllen muss, normiert diese Rechtsgrundlage, dass Krankenhausärzte nur mit Zustimmung des Trägers ihres Krankenhauses tätig werden dürfen.

Der Antrag auf eine Ermächtigung wird vom sogenannten Zulassungsausschuss behandelt. Der Zulassungsausschuss wird von den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Landesverbänden der Krankenkassen sowie den Ersatzkassen gebildet. Für jede Kassenärztliche Vereinigung gibt es (mindestens) einen Zulassungsausschuss. Die Geschäfte des Zulassungsausschusses werden bei der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung geführt.

Möchte ein Krankenhausarzt eine persönliche Ermächtigung erhalten, so muss er einen Antrag beim Zulassungsausschuss stellen. Der Zulassungsausschuss kann, muss aber nicht dem Antrag zustimmen. Es handelt sich bei der Regelung in § 116 Abs. 1 SGB V um eine Kann-Vorschrift, sodass es – cum grano salis – kein Recht auf Ermächtigung gibt.

Die Ermächtigung ist an dem Vorliegen von Voraussetzungen gebunden. Diese Voraussetzungen ergeben sich durch Satz 2 des § 116 SGB V:

»Die Ermächtigung ist zu erteilen, soweit und solange eine ausreichende ärztliche Versorgung der Versicherten ohne die besonderen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von hierfür geeigneten Ärzten der in Satz 1 genannten Einrichtungen nicht sichergestellt wird.«

Der Vorrang der Versorgung durch Vertragsärzte kommt hier zum Ausdruck. Eine persönliche Ermächtigung eines Krankenhausarztes darf nur dann erteilt werden, wenn die Versorgung durch die Vertragsärzte nicht sichergestellt ist. Kann die Versorgung durch Vertragsärzte sichergestellt werden, dann ist keine Ermächtigung zu erteilen. Das gilt auch für Folgeermächtigungen. Kann nach einer erteilten Ermächtigung die Versorgung der Bevölkerung durch Vertragsärzte sichergestellt werden, dann darf eine Ermächtigung nicht verlängert werden. Es gilt der Vorrang der Zulassung vor der Ermächtigung. Die Krankenhausärzte schließen durch ihre persönliche Ermächtigung ausschließlich Versorgungslücken.

Daraus leitet sich eine der Aufgaben des Zulassungsausschusses ab. Bevor eine Ermächtigung erteilt werden darf, muss er eine Bedarfserhebung für die im Ermächtigungsantrag genannten Leistungen durchführen. Diese Bedarfserhebung erfolgt zunächst in einer Bedarfsumfrage bei den Vertragsärzten. Hierzu erfolgt eine Abfrage bei den von der persönlichen Ermächtigung betroffenen Vertragsärzten. Diese werden gefragt, ob es einen Bedarf für eine Ermächtigung gäbe. Die Ergebnisse der Befragung sind bei dem Beschluss über die Erteilung einer Ermächtigung zu berücksichtigen.

Bei der Auswahl der von der Ermächtigung betroffenen Fachärzte ist der Zulassungsausschuss nicht frei. Es müssen die Gebietsärzte befragt werden. *»Auf den Bedarf in Teilgebieten ist nicht gesondert abzustellen. Das beruht darauf, dass ... nach ärztlichem Berufsrecht Ärzte mit Gebietsbezeichnungen alle Leistungen ihres Gebietes erbringen dürfen, auch wenn es sich um solche handelt, die in ein Teilgebiet des Fachgebietes fallen. Selbst wenn man ... bei der Prüfung der Versorgungslücke die Teilgebiete zugrunde legen würde, dürften bei der Ermittlung des Bedarfs nicht nur die Ärzte berücksichtigt werden, die die entsprechende Teilgebietsbezeichnung zu führen berechtigt sind bzw. führen; es wären vielmehr alle Gebietsärzte, deren Gebiet das Teilgebiet zugeordnet ist, einzubeziehen.«* (Urteil des Bundessozialgerichts vom 14.07.1993, Az. 6 RKa 71–91).

Bei der Ermittlung des Bedarfs ist der Zulassungsausschuss ebenfalls nicht frei. Hier haben die Sozialgerichte Kriterien entwickelt, wie die Prüfung auszusehen habe. *»Grundsätzlich dürfen sich die Ermittlungen nicht in Umfragen erschöpfen. Hintergrund hierfür ist, dass die Antworten der befragten und eventuell konkurrierenden Ärzte von einer individuellen Interessenlage geprägt sind ... Gefordert wird deshalb grundsätzlich eine Objektivierung auch anhand von sogenannten Anzahlstatistiken«* (Bescheid des Sozialgerichtes München vom 07.01.2020, Az. S 38 KA 972/15).

Darüber hinaus können auch sachverständiger Zeugen befragt werden, die dem Zulassungsausschuss Auskunft über die Versorgungssituation und einen möglichen Bedarf für eine Ermächtigung geben können.

Die Vorrangstellung der Zulassung als Vertragsarzt vor der Ermächtigung eines Krankenhausarztes wird auch durch die Wünsche von Versicherten, deren Angehörigen oder auf die Befürwortung durch überweisungswillige Ärzte oder durch

Krankenkassen nicht aufgehoben (vgl. Urteil des Bundessozialgerichts vom 12.09.2001, Az. B 6 KA 86/00 R).

Gemäß § 96 Abs. 4 SGB V kann gegen die Entscheidungen des Zulassungsausschusses der Berufungsausschuss angerufen werden. Berechtigt dazu sind die am Verfahren beteiligten Ärzte und Einrichtungen, die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen sowie die Ersatzkassen.

Wird eine Antrag auf Ermächtigung nicht oder nur zum Teil letztendlich erteilt, so steht den Krankenhausärzten der Rechtsweg über die Sozialgerichte offen. Auf der anderen Seite können von der persönlichen Ermächtigung betroffene Ärzte ebenfalls den Rechtsweg beschreiten und die Ermächtigung anfechten.

1.2 Unterscheidung quantitativ-allgemeiner von qualitativ-speziieller Bedarf

Eine Versorgungslücke der vertragsärztlichen Versorgung durch niedergelassene Ärzte kann sich nach der ständigen Rechtsprechung der Sozialgerichte durch zwei unterschiedliche Wege ergeben:

- Es besteht ein Bedarf in quantitativ-allgemeiner Hinsicht oder
- es gibt einen qualitativ-speziiellen Bedarf.

Ein Bedarf in **quantitativ-allgemeiner Hinsicht** besteht dann, wenn für das jeweilige Fachgebiet keine ausreichende Zahl von Ärzten für die ambulante Versorgung zur Verfügung steht. Geprüft, ob ein Bedarf vorliegt, wird auf der Grundlage der Sollzahlen des für den Planungsbereich maßgebenden Bedarfsplans. Der Bedarfsplan ergibt sich aufgrund der Bedarfsplanungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Liegt nach diesen Richtlinien eine Überversorgung vor, kann eine Ermächtigung nicht aus quantitativ-allgemeinen Gründen erteilt werden. Die Ermächtigungen werden lediglich befristet erteilt, um eine solche Überversorgung zeitnah feststellen zu können und, falls erforderlich, eine Folgeermächtigung zu verweigern.

Ein **qualitativ-speziieller Bedarf** entsteht dann, wenn ein Krankenhausarzt besondere, für eine ausreichende Versorgung notwendige Untersuchungs- und Behandlungsmethoden anbietet oder über Kenntnisse verfügt, die von den niedergelassenen Ärzten nicht bzw. nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden. Eine solcher Bedarf kann auch dann vorliegen, wenn im Planungsbereich der Vertragsärzte eine absolut ausreichende Anzahl von Vertragsärzten vorliegt (Wigge u. a. 2018).

Allerdings: »Die besonderen Kenntnisse und Erfahrungen eines Krankenhausarztes reichen für sich allein nicht aus, um eine Ermächtigung zur vertragsärztlichen Versorgung zu rechtfertigen. Für die vertragsärztliche Versorgung können diese speziellen Kenntnisse

und Erfahrungen erst von Bedeutung sein, wenn sie sich in einem besonderen Leistungsangebot niederschlagen. Es muss sich dabei um Leistungen handeln, die im Rahmen einer ausreichenden ambulanten ärztlichen Versorgung benötigt und von den niedergelassenen Ärzten nicht oder nicht ausreichend angeboten werden» (Beschluss des Sozialgerichts Marburg vom 31. 03. 2006, Az. S 12 KA 341/06 ER)

Vorab geklärt werden muss im Fall des qualitativ-speziellen Bedarfs die Festlegung des räumlichen Versorgungsgebietes, unter Zugrundelegung dessen die Frage der Sicherstellung zu prüfen ist. *»Die Bestimmung des maßgeblichen räumlichen Gebietes, das der Prüfung eines Versorgungsbedarfs im Sinne des § 116 SGB V zugrunde zu legen ist, bewegt sich im Spannungsfeld divergierender Interessen. Einerseits ist den Versicherten grundsätzlich an einer möglichst wohnortnahen Versorgung gelegen; von diesem Standpunkt aus wären Behandlungskapazitäten außerhalb des Planungsbereichs nicht in die Betrachtung mit einzubeziehen. Andererseits spricht das öffentliche Interesse an einer (sachgerechten) Limitierung der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, wie es insbesondere in den Bestimmungen der §§ 99ff. SGB V zum Ausdruck kommt, dafür, dass einem Ermächtigungsbegehren auch außerhalb des Planungsbereichs vorhandene Behandlungskapazitäten bei niedergelassenen Ärzten entgegengehalten werden können. Im gleichen Sinne würde sich eine etwa gebotene Berücksichtigung des Interesses der niedergelassenen Vertragsärzte auswirken, wonach ihr Tätigkeitsfeld (und damit in Anbetracht der budgetierten Gesamtvergütungszahlungen auch ihre Verdienstmöglichkeiten) möglichst wenig durch ermächtigte Krankenhausärzte eingeengt werden soll.«* (Urteil des Landessozialgerichtes Niedersachsen-Bremen vom 09. 02. 2005, Az. L 3 KA 253/02)

Bei der Prüfung der Bedarfssituation können auch die Umstände des Einzelfalles wie Art und Umfang der Inanspruchnahme der Leistungserbringer, Umfang und räumliche Verteilung der Nachfrage aufgrund der vorhandenen Verkehrsanbindungen eine Rolle spielen. Aber die Zulassungsausschüsse verfügen über einen Beurteilungsspielraum, der sich gerichtlicher Kontrolle entzieht. *»Entsprechend ist die gerichtliche Prüfung reduziert auf die Einhaltung eines fairen Verfahrens, Richtigkeit und Vollständigkeit der Ermittlung des Sachverhaltes, die Einhaltung der Grenzen des durch Auslegung zu ermittelnden Inhalts des unbestimmten Rechtsbegriffs und die Nachvollziehbarkeit der Begründungserwägungen. Es ist dagegen nicht Aufgabe der Rechtsprechung, ihre eigenen Erwägungen an die Stelle der Entscheidung des Beklagten zu setzen«* (Urteil des Landessozialgerichtes der Länder Berlin und Brandenburg vom 07. 09. 2017, Az. L 24 KA 54/16).

Hintergrund der eingeschränkten Kontrollmöglichkeit durch die Gerichte ist, dass die *»nicht sichergestellte ärztliche Versorgung«* ein unbestimmter Rechtsbegriff ist, der auslegungsbedürftig ist. Die Auslegung erfolgt durch den Zulassungsausschuss, der nur an die genannten Kriterien gebunden ist.

2 Voraussetzungen für die persönliche Ermächtigung von Krankenhausärzten

In der sich ständig weiterentwickelnden Landschaft des Gesundheitswesens spielen Ermächtigungen eine wesentliche Rolle, da sie es Krankenhäusern und spezialisierten Ärzten ermöglichen, ambulante Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung anzubieten. Dies ist besonders wichtig, um auf spezifische medizinische Bedürfnisse seitens der Patienten zu reagieren und eine umfassende medizinische Versorgung sicherzustellen. Dieses Kapitel bietet einen Einblick in die Bedeutung, den Prozess und die spezifischen Voraussetzungen, die für die Erteilung von Ermächtigungen an Krankenhausärzte erforderlich sind.

2.1 Definition der Ermächtigung

Eine Ermächtigung ist eine offizielle Berechtigung, die es Krankenhausärzten ermöglicht, ambulante medizinische Leistungen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) anzubieten. Sie wird vom Zulassungsausschuss erteilt und ist entscheidend, damit die erbrachten Leistungen durchgeführt, über die Kassenärztlichen Vereinigungen abgerechnet und von den Krankenkassen erstattet werden können. Die Ermächtigung dient als Brücke zwischen stationärer Krankenhausversorgung und ambulanter medizinischer Betreuung, wobei sie den Zugang zu spezialisierten medizinischen Leistungen erweitert, die häufig außerhalb der Kapazitäten einer normalen Arztpraxis liegen und daher regulär im niedergelassenen Bereich nicht angeboten werden oder nicht angeboten werden können.

Eine Ermächtigung stellt eine zentrale Säule der Krankenhäuser dar, da sie Krankenhausärzten die Möglichkeit bietet, ambulante Leistungen im Rahmen der GKV zu erbringen. Die Genehmigung hierfür wird vom Zulassungsausschuss erteilt.

Die Ermächtigung ermöglicht es den Krankenhäusern, direkt in die ambulante Versorgung einzugreifen, was besonders wichtig ist, wenn spezialisierte medizinische Leistungen benötigt werden, die in der Regel nicht von niedergelassenen Ärzten angeboten werden. Dies erweitert das traditionelle Leistungsspektrum von Krankenhäusern erheblich und ermöglicht eine spezialisierte Versorgung, die ohne die Ermächtigung nicht zugänglich wäre. Durch die Ermächtigung können ambulante Patienten spezialisierte Behandlungen erhalten und zugleich die umfas-

senden Ressourcen eines Krankenhauses nutzen, was durch die integrierte und spezialisierte Behandlung innerhalb des GKV-Systems ermöglicht wird.

Die Ermächtigung hat sowohl für die medizinischen Fachkräfte als auch für die Patienten eine große Bedeutung:

Die Bedeutung der Ermächtigung erstreckt sich weit über die reine Erweiterung des medizinischen Angebots hinaus. Für Krankenhausärzte bietet sie die Möglichkeit, ihre Expertise einem breiteren Patientenkreis anzubieten und dabei von den Strukturen und Ressourcen des Krankenhauses unterstützt zu werden. Sie fördert die fachliche Weiterentwicklung der Ärzte durch die Herausforderungen und die Vielfalt der ambulanten Fälle, die sie behandeln. Zudem stärkt sie die fachübergreifende Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten, indem sie eine kontinuierliche und koordinierte Patientenversorgung zwischen verschiedenen medizinischen Disziplinen und Versorgungssektoren fördert.

Für die Patienten bedeutet die Ermächtigung eine erhebliche Erweiterung der Zugänglichkeit und Verfügbarkeit qualifizierter medizinischer Versorgung. Sie können von der hochqualifizierten Fachkompetenz der Krankenhausärzte profitieren, ohne auf die Annehmlichkeiten und die zugängliche Lage einer ambulanten Praxis verzichten zu müssen. Dies ist besonders wichtig für Patienten mit speziellen oder komplexen medizinischen Bedürfnissen, die möglicherweise spezialisierte Diagnosen oder Therapien benötigen, die über das gewöhnliche Angebot einer Standardpraxis hinausgehen.

Zusammenfassend kann man sagen, dass Ermächtigungen

1. **die Versorgung verbessern:** Durch Ermächtigungen wird die ambulante Versorgung verbessert, da spezialisierte Leistungen zugänglich gemacht werden.
2. **die Wartezeiten verkürzen können:** Patienten haben unter Umständen durch ermächtigte Ärzte kürzere Wartezeiten für spezialisierte Behandlungen.
3. **eine hohe Behandlungsqualität sicherstellen können:** Die Qualität der medizinischen Versorgung wird durch die Expertise der ermächtigten Ärzte erhöht.
4. **Abrechnungssicherheit schaffen:** Ermächtigte Ärzte können ihre Leistungen über die gesetzlichen Krankenkassen bzw. über die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung abrechnen.

Zudem ist es wichtig zu betonen, dass Krankenhäuser und generell Ärzte keine Gratisleistungen erbringen dürfen. Die Erbringung unentgeltlicher medizinischer Leistungen stellt einen Verstoß gegen die Berufsordnung für Ärzte sowie gegen das Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb dar. Dies gewährleistet, dass alle medizinischen Leistungen unter fairen und transparenten Bedingungen angeboten werden und dass die wirtschaftlichen Interessen sowohl der Patienten als auch der Leistungserbringer angemessen geschützt sind.

Die Ermächtigung bietet hierbei eine wichtige Abrechnungssicherheit für Krankenhäuser, durchgeführte Sprechstunden über die gesetzlichen Krankenkassen bzw. über die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung abzurechnen.

2.2 Was ist bei der Erlangung einer Ermächtigung zu beachten

Der Weg zur Ermächtigung kann mit einigen Herausforderungen verbunden sein, darunter:

Bürokratische Hürden

Der Antragstellungsprozess kann komplex und zeitaufwendig sein. Eine sorgfältige Vorbereitung und das Verständnis der Anforderungen sind entscheidend. In diesem Antrag müssen neben entsprechenden Begründungen auch die EBM-Leistungsziffern, die abgerechnet werden sollen, mit aufgeführt werden.

Bei einem Neuantrag oder einem erneuten Antrag für eine Ermächtigung muss ein umfangreiches Dokument ausgefüllt werden. Bestandteile dieses Dokumentes sind u. a. folgende Angaben, hier beispielhaft von der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen Lippe übernommen:

- Angaben zum Antragsteller
Hier sind nicht nur der vollständige Name, Geburtsdatum, Anschrift, Geschlecht, Staatsangehörigkeit und der Titel, sondern auch die Facharztbezeichnung anzugeben.
- Auszug aus dem Arztregister der Kassenärztlichen Vereinigung, aus dem der Tag der Approbation, der Tag der Eintragung in das Arztregister und gegebenenfalls der Tag der Anerkennung des Rechts zum Führen einer bestimmten Facharzt-, Schwerpunkt- oder Zusatzbezeichnung hervorgehen müssen
- Name und Anschrift des Krankenhauses, wo der Arzt beschäftigt ist
- Art der Ermächtigung:
 - Ermächtigung nach § 31 Ärzte-ZV zur Erbringung der nachstehend aufgeführten Leistungen
 - Ermächtigung nach § 73 Abs. 2 Nr. 13 SGB V nach den Richtlinien zum Zweitmeinungsverfahren
 - Ermächtigung zur Erbringung der nachstehend aufgeführten Leistungen
- Angaben zum Umfang der beantragten Ermächtigung:
 - Zeitpunkt, ab der die Ermächtigung gelten soll
 - Leistungsbezeichnung des EBM und Gebührenordnungspositionen
 - Antragsbegründung, die enthalten soll, weshalb die beantragte Ermächtigung im Hinblick auf eine ausreichende Versorgung der Versicherten notwendig ist
- Angaben zur ärztlichen Tätigkeit
 - Datum und Ort des Staatsexamens, der Approbation, der Berufserlaubnis und ggf. der Promotion
 - Datum und genaue Bezeichnung der Facharztanerkennung, der Schwerpunktbezeichnung und der besonderen Fachkunde
 - Angaben über die ärztliche Tätigkeit vom Zeitpunkt der Approbation bis zum Tag der Antragstellung

- Erklärung über die Verpflichtung zur persönlichen Leistungserbringung
Hier erfolgt eine Aufklärung über die Grundsätze und Regeln der persönlichen Leistungserbringung. Dazu zählen u. a.:
 - Hinweis darauf, dass die in dem Ermächtigungsbeschluss bestimmte vertragsärztliche Tätigkeit persönlich auszuüben ist
 - Die Vertreterregelung, dass bei Krankheit, Urlaub oder Teilnahme an ärztlicher Fortbildung oder an einer Wehrübung sich der ermächtigte Arzt innerhalb von 12 Monaten bis zur Dauer von 3 Monaten vertreten lassen kann. Es besteht keine Befugnis, dass der im stationären Bereich zuständige Vertreter den ermächtigten Krankenhausarzt auch bei seiner vertragsärztlichen Tätigkeit vertritt.
 - Hinweis darauf, dass bei Verstößen gegen diese Grundsätze die Kassenärztliche Vereinigung zur sachlich-rechnerischen Berichtigung der abgerechneten Leistungen verpflichtet ist
 - Der antragstellende Arzt versichert, dass er von diesen Verpflichtungen Kenntnis genommen habe und sie in der Ausübung der Tätigkeit im Rahmen des Ermächtigungsbeschlusses beachten werde.

Nachweis des Bedarfs

Die Bedarfsprüfung durch die KV kann mitunter herausfordernd sein. Es ist wichtig, detaillierte und überzeugende Informationen über die Notwendigkeit der beantragten Leistungen bereitzustellen.

Befristete Genehmigungen

Ermächtigungen sind oft zeitlich befristet. Es ist wichtig, rechtzeitig eine Verlängerung zu beantragen und die fortlaufende Notwendigkeit der Leistungen nachzuweisen, um nicht die Genehmigung für die Ermächtigung zu verlieren.

2.3 Bedingungen für die persönliche Ermächtigung von Krankenhausärzten

Um als Krankenhausarzt eine persönliche Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zu erhalten, müssen mehrere Voraussetzungen erfüllt sein. Diese umfassen beispielsweise rechtliche, fachliche und organisatorische Anforderungen, die sicherstellen, dass nur qualifizierte Ärzte in die ambulante Versorgung eingebunden werden.

2.3.1 Approbation

Die Approbation ist die grundlegende Voraussetzung für die Ausübung des ärztlichen Berufs in Deutschland. Sie bestätigt, dass der Arzt die notwendige Ausbildung erfolgreich abgeschlossen hat und berechtigt ist, als Arzt tätig zu sein. Ein Arzt erhält die Approbation nach dem erfolgreichen Abschluss des Studiums der Humanmedizin und einer bestandenen staatlichen Prüfung. Die Approbation wird gemäß der Bundesärztereordnung (BÄO) erteilt und stellt sicher, dass der Arzt die rechtlichen und fachlichen Voraussetzungen zur Ausübung des Arztberufs erfüllt.

2.3.2 Abgeschlossene Facharztweiterbildung

Neben der Approbation muss der Arzt eine abgeschlossene Facharztweiterbildung nachweisen. Diese Weiterbildung ist notwendig, um die speziellen Kenntnisse und Fähigkeiten in einem bestimmten medizinischen Fachgebiet zu erlangen. Die Facharztweiterbildung dauert je nach Fachgebiet zwischen fünf und sechs Jahren und umfasst sowohl theoretische als auch praktische Ausbildungsinhalte. Nach Abschluss der Weiterbildung muss der Arzt eine Facharztprüfung vor der zuständigen Ärztekammer bestehen. Das Bestehen dieser Prüfung wird durch ein Facharzt Diplom dokumentiert.

2.3.3 Persönliche Eignung

Die persönliche Eignung umfasst sowohl fachliche als auch charakterliche Aspekte, die sicherstellen, dass der Arzt in der Lage ist, die Anforderungen der vertragsärztlichen Versorgung zu erfüllen.

- Die **fachliche Eignung**: Der Arzt muss nachweisen, dass er über die notwendigen fachlichen Kenntnisse und Fähigkeiten verfügt, um die spezifischen ambulanten Leistungen sicher und kompetent zu erbringen.
- Die **persönliche Eignung**: Sie umfasst die Zuverlässigkeit, das Verantwortungsbewusstsein und die Fähigkeit zur kollegialen Zusammenarbeit. Negative Aspekte wie Disziplinarverfahren oder Verstöße gegen ärztliche Berufspflichten können die persönliche Eignung beeinträchtigen.
- Die **Weiterbildung und Fortbildung**: Die kontinuierliche Weiterbildung ist ein wichtiger Bestandteil der persönlichen Eignung. Der Arzt muss regelmäßig an Fortbildungen teilnehmen, um sein Wissen und seine Fähigkeiten auf dem neuesten Stand zu halten.

2.3.4 Schriftliche Zustimmung des Klinikträgers

Die Ermächtigung eines Krankenhausarztes zur ambulanten Versorgung erfordert die schriftliche Zustimmung des Klinikträgers. Diese Zustimmung stellt sicher,

dass die Ermächtigung in Einklang mit den organisatorischen und betrieblichen Anforderungen des Krankenhauses steht.

Die Zustimmung des Klinikträgers muss schriftlich erfolgen und den Antrag auf Ermächtigung unterstützen. Sie sollte detaillierte Informationen über die geplanten ambulanten Tätigkeiten und deren Integration in den Krankenhausbetrieb enthalten.

Die Zustimmung des Klinikträgers ist wichtig, da sie sicherstellt, dass die Ermächtigung nicht zu Konflikten mit den stationären Aufgaben des Krankenhauses führt und die notwendigen Ressourcen zur Verfügung stehen.

2.3.5 Antrag beim zuständigen Zulassungsausschuss

Der Prozess der Antragstellung für eine Ermächtigung ist klar strukturiert und umfasst mehrere Schritte:

Vorbereitung des Antrags

Die Vorbereitung des Antrags beginnt mit dem Sammeln aller notwendigen Dokumente und Nachweise. Hierzu gehören:

- Facharztzeugnisse
- Fortbildungsnachweise
- Nachweise von besonderen Fähigkeiten für genehmigungspflichtige Leistungen
- Berufserfahrung
- Beschreibung der geplanten Leistungen, unter Angabe der Leistungsziffern aus dem einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) und ggf. auch unter Angabe notwendiger ICD-Kodes

Details zur Antragstellung

Der formelle Antrag auf Ermächtigung muss beim zuständigen Zulassungsausschuss der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) gestellt werden. Dieser Ausschuss prüft den Antrag und entscheidet über die Erteilung der Ermächtigung.

Der Antrag wird bei der zuständigen KV eingereicht. Es ist wichtig, dass der Antrag vollständig und korrekt ausgefüllt ist, um Verzögerungen zu vermeiden. Die Anträge auf genehmigungspflichtige Leistungen sollten zeitnah mit eingereicht werden.

Die KV prüft den Antrag auf Vollständigkeit und Bedarf. Dies kann die Bewertung der aktuellen Versorgungssituation in der Region umfassen. Die KV prüft den Bedarf für die beantragten Leistungen und bewertet sie. Der Zulassungsausschuss prüft den Antrag umfassend. Dies kann die Einholung weiterer Stellungnahmen, insbesondere von niedergelassenen Ärzten oder Fachgesellschaften, umfassen.